

**Современное течение острой ревматической лихорадки у детей и подростков
и результаты катамнеза**

Новикова Юлия Юрьевна¹, Лапшин Артем Алексеевич²

1 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, Москва, Россия;

2 - Российский университет дружбы народов, Медицинский факультет, Москва, Россия

E-mail: snewyu8@mail.ru

В последние годы (2005 - 2010 гг.) в Российской Федерации отмечается снижение общей и первичной заболеваемости острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) и хронической ревматической болезни сердца (ХРБС) среди детей. Однако остается высокой частота формирования приобретенных пороков сердца (ППС) у подростков (26,8-29,8 на 100000 подростков) [1, 2, 4]. В конце XX века в США (штат Юта, 1985 - 1986 гг.) и РФ (Северный Кавказ, 1994 г.) были зарегистрированы вспышки ОРЛ [3, 5].

Цель: оценить современное течение и исходы ОРЛ у детей и подростков за период 2001 - 2014 гг.

Материалы и методы. Проанализировано 77 историй болезни. В исследование включено 50 детей (20 пациентов обследовано в катамнезе) с ОРЛ и повторной ревматической лихорадкой (ПРЛ), госпитализированных в Морозовскую детскую городскую клиническую больницу в 2001 - 2014 гг. Возраст детей - 5-17 лет ($12 \pm 1,9$). Применялись стандартные клиничко-anamnestические, лабораторные и инструментальные методы обследования.

Результаты. Структура клинических симптомов ревматической лихорадки в целом остается прежней. Основным клиническим проявлением остается кардит (90%) с преобладанием эндомиокардита (61%), отмечается высокая частота экстракардиальных проявлений (86%): хорея (44%), аннулярная эритема (12%). Суставной синдром развивался в 58% случаев, в том числе с поражением мелких суставов стоп (20%) и кистей (17%) и болями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника (14%). Среди 20 детей, обследованных в катамнезе, у 60% пациентов отмечалась ПРЛ, у 75% - в исходе ОРЛ развилась ХРБС с формированием ППС. Анализ причин развития ПРЛ показал, что у большинства детей имело место нарушение или отсутствие бициллинопрофилактики и гиподиагностика ОРЛ.

Выводы.

- 1) Основным клиническим синдромом ОРЛ и ПРЛ является кардит, протекающий изолированно (14%) либо в сочетании другими экстракардиальными проявлениями (86%).
- 2) Высокая частота суставного синдрома, артриты нетипичной локализации у 1/5 пациентов с поражением суставов.
- 3) Среди экстракардиальных симптомов значительно чаще встречается хорея (44%), в некоторых случаях приобретающая непрерывно рецидивирующее течение (2 пациента).
- 4) Отмечается повышение частоты встречаемости аннулярной эритемы (12%) как отражение системного характера острого воспалительного процесса.
- 5) Причиной развития ПРЛ, формирования ХРБС и роста частоты ППС среди детей и подростков является гиподиагностика ОРЛ и нарушение / отсутствие вторичной профилактики ревматизма.

Источники и литература

- 1) Белов Б.С. Острая ревматическая лихорадка у подростков: современные аспекты. // Вопросы современной педиатрии, 2006. № 5. Т. 2. С. 81-86.

- 2) Кузьмина Н.Н., Медынцева Л.Г., Мовсисян Г.Р.. Острая ревматическая лихорадка у детей: 50-летний опыт наблюдения (от прошлого к будущему). // Научно-практическая ревматология, 2010. №1. С. 9-14.
- 3) Покровский В.И., Брико Н.И., Ряпис Л.А. Стрептококки и стрептококкозы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
- 4) Fischetti V.A. Streptococcal M-protein. // Science of America, 1991. №264. P. 58-65.
- 5) Stollerman J.H. Rheumatic Fever. // Lancet, 1997. №349. P. 935-942.